

Heidi Kesanto-Jokipolvi

# KOETTU TERVEYS LASTEN TERVEYSTUTKIMUKSESSA

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Kandidaatin tutkielma  
Joulukuu 2019

# TIIVISTELMÄ

Heidi Kesanto-Jokipolvi: KOETTU TERVEYS LASTEN TERVEYSTUTKIMUKSESSA

Kandidaatin tutkielma

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden tutkinto-ohjelma

Joulukuu 2019

---

Tutkielman aiheena oli selvittää, millaisia tutkimusmenetelmiä alakouluikäisten lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on käytetty koetun terveyden mittaamiseksi ja millaisia tuloksia näillä menetelmillä on saatu. Tutkimuskysymykseen etsittiin vastausta kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsaus ulottui kotimaiseen ja kansainväliseen tutkimuskirjallisuuteen, koska kotimaista tutkimusta aiheesta oli rajallisesti. Suomalaisten lasten koettu terveys näyttää kansallisesti arvioiden huonontuneen viime vuosina kaikissa ikäryhmissä. Pohjoismaalaisten ja erityisesti suomalaisten lasten koettu terveys näyttää kansainvälisissä vertailuissa sijoittuvan keskitasolle tai keskitasoa selvästi huonommaksi.

Alakouluikäisten lasten terveystutkimuksessa koettu terveys ei useinkaan esiinny ensisijaisena tutkimuskohteena. Koetun terveyden mittaamista käytetään tyypillisemmin apuvälineenä tutkittaessa lasten hyvinvointia laajempänä käsitteenä. Aiemman tutkimuskirjallisuuden metodologisena haasteena lasten terveystutkimuksessa on ollut aikuisten asiantuntijuus. Kattavimmat arviot lasten terveydestä ovat olleet saatavilla vain vanhempien antamina arvioina. Kirjallisuuskatsauksen tulos näyttää kuitenkin, että lasten asiantuntijuutta heitä koskeissa kysymyksissä on vahvistettu 2010-luvun aikana.

Tyypillisin tapa tutkia lasten koettua terveyttä on ikäryhmittäin rakennettu kyselylomake. Tutkimuksessa lasten arvioon omasta terveydentilastaan liitetään usein myös koettujen terveysongelmien esiintyvyys. Tarkemmin määriteltyjen terveysongelmien yleisyyttä kartoitetaan lapsilta erillisellä kysymyksellä. Kyselylomakevastausten tulkinnessa tulisi kirjallisuuden mukaan huomioida kulttuurin vaikutus tyypilliseen vastustapaan ja kysymyksen asettelu. Lasten koettua terveyttä tutkitaan erilaisissa konteksteissa. Suomessa lasten koetun terveyden tutkimus on usein liitetty osaksi kouluympäristössä tapahtuvaa hyvinvointi- ja terveystutkimusta.

Koetun terveyden vahvuus terveystindikaattorina on sen kyky huomioida mikrotason tekijöiden lisäksi makrotason ilmiöt, kun lapset saavat itse määritellä terveydentilaansa vaikuttavien tekijöiden joukon. Koetun terveyden mittaaminen itsessään edistää lasten terveyden determinanttien määrittämistä ja ymmärtämistä. Tulevaisuudessa tutkimusmenetelmien monipuolistaminen erityisesti laadullisen tutkimuksen keinoin on tarpeellista, jotta lasten terveystutkimukseen vaikuttavia tekijöitä voidaan ymmärtää paremmin ja kohdistaa interventioita oikein.

Avainsanat: koettu terveys, alakoululaiset, terveys, lapset, lapsilähtöisyys

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

## Sisällys

1 Johdanto.....	1
2 Lasten koetun terveydentilan taustatekijät .....	3
2.1 Sosiodemografiset tekijät.....	3
2.2 Elämäntapatekijät ja sosiaalinen ympäristö .....	5
2.3 Persoonallisuuden merkitys .....	6
2.4 Lasten vanhemmilta saatu tieto .....	6
2.5 Alakouluikäisen itsearviointitaidot ja ajattelutaitojen kehitys.....	7
3 Koetun terveyden mittaaminen lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa.....	9
3.1 Lasten subjektiivinen terveystutkimus .....	9
3.2 Lasten terveyskäsitys ja asema hyvinvointitiedon tuottajana .....	10
3.3 Tutkimusmenetelmät .....	11
3.4 Pohjoismaalaisten lasten koettu terveys kansainvälisesti .....	14
3.5 Lasten koettu terveys Suomessa.....	15
4 Pohdinta .....	19
Lähteet.....	22

# 1 Johdanto

Poliittisten päättäjien ja tutkijoiden kiinnostus lasten subjektiivisen hyvinvoinnin mittaamiseen ja tutkimukseen on kasvanut 2000-luvun aikana. Suomessa lapsiperheiden hyvinvointi on viime vuosina nostettu kotimaisen terveystalitiikan keskiöön. Yksi hallituksen kärkihankkeista vuosina 2015–2019 oli lasten ja perheiden hyvinvointipalveluiden kehittäminen. Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE) on saanut jatkoa, myös vuoden 2019 hallitusohjelmassa. (Valtioneuvoston julkaisu, 2019:23, 145.) Kansainvälisesti merkittävän tutkimusaineiston kerääminen, alle 13-vuotiaiden lasten subjektiivisesta hyvinvoinnista on aloitettu Children's Worlds -projektissa vuonna 2009 ja tiedon kerääminen jatkuu edelleen. Kansainvälisen tutkimusprojektin tavoitteena on ollut parantaa lasten hyvinvointia lisäämällä tietoisuutta erityisesti lasten omista hyvinvointikokemuksista. (Rees, Andresen & Bradshaw, 2016, 5–6.)

Kansainvälisessä tutkimuksessa käytetään termiä *subjective well-being*, joka lyhennetään SVB-menetelmäksi tai vaihtoehtoisesti käytössä on *self-rated health* (SRH) termi. SVB-menetelmän tarkoituksena on ollut yhdistää sosiaalitieteiden ja terveystieteiden tutkimusperinteet. Menetelmän pyrkimyksenä on huomioida keskeisillä elämänalueilla tehtävissä hyvinvointiarvioinneissa yhteiskunnalliset makrotason tekijät, yksilökeskeisten mikrotason tekijöiden lisäksi. Aikuisten kohdalla tietoa subjektiivisesta hyvinvoinnista on tilastoitu pidempään, mutta uutena ilmiönä on lasten hyvinvointitietojen tilastoiminen kansainvälisesti. (Casas, 2019.)

Hyvinvoinnin ja terveyden kuvaaminen tilastollisesti perustuu tieteellisen tutkimuksen lisäksi poliittishallinnollisiin prosesseihin ja teknisiin suoritteisiin, joita tutkijat käyttävät hyvinvoinnin mittaamiseen (Sauli & Simpura, 2005). Suomessa lapset ja lapsuus on nähty tyypillisesti riskien kautta, joita pyritään ennakoimaan yhteiskunnallisilla interventioilla (Helavirta, 2011, 21). Riskiajattelun taustalta voidaan löytää laajempikin pohjoismaalaisen hyvinvointivaltion eetos määritellä hyvinvointi siinä ilmenevien puutteiden kautta ja hyvinvointikäsitteen muuttuminen koskemaan koko väestön sijaan marginaaliryhmien hyvinvointipuutteita (Sauli & Simpura, 2005).

Köhlerin (2018) mukaan eurooppalaisten lasten terveyden kannalta positiivinen trendi on tietoisuuden lisääntyminen lasten terveydestä. Tämän ovat mahdollistaneet myös

laajenevat kansainväliset tietokannat. Kattava kansainvälinen tautiluokitus on edistänyt luotettavien tietojen saamista lasten terveydestä sairastuvuuden ja sairastavuuden osalta. Yhtäältä positiivisena kehityskulkuna voidaan pitää taloudellisen vaurastumisen tuottamaa lisääntynyttä hyvinvointia, vaikka toisaalta lapsiperheet ovat Euroopassa yhä alttiimpia talouskriisien vaikutuksille. Yleisesti ottaen eurooppalaisten lasten terveyttä voidaan pitää hyvänä, mutta tulevaisuuden riskitekijänä on terveyden epätasa-arvoisuuden lisääntyminen. (Köhler, 2018.) Yhteiskuntapoliittisesti on perusteltua kysyä, kenellä on legitimizeettiä tuottaa tietoa lasten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä millaista tietoa tuotetaan (Helavirta, 2011, 20).

Tutkielmani aiheena on selvittää, millaisia tutkimusmenetelmiä alakouluikäisten lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on käytetty koetun terveyden mittaamiseksi ja millaisia tuloksia näillä menetelmillä on saatu. Koettu terveys on kokoava arvio omasta terveydentilasta ja kuvaa terveyden subjektiivista ulottuvuutta (Rahkonen ym., 2007, 65). Tällä hetkellä systemaattista ja vertailukelpoista tietoa erityisesti alakouluikäisten lasten koetusta terveydestä on vain vähän saatavilla, vaikka lasten ja nuorten terveyden tutkimiseksi on kehitetty useita arviointimenetelmiä. Ongelmana lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on pitkään ollut se, että laajimmissa kartoituksissa lähteenä on käytetty vanhempien antamia arvioita lasten koetusta terveydestä. (Schmidt, Garratt & Fitzpatrick, 2002).

Kansanterveyden näkökulmasta on tärkeää ymmärtää lasten terveyteen vaikuttavat tekijät. Koetun terveyden mittaaminen tukee lasten terveyden ja hyvinvoinnin determinanttien määrittämistä ja ymmärtämistä (Köhler, 2018). Tutkimuskysymykseeni haen vastausta kirjallisuuskatsauksella. Kirjallisuuskatsaukseni näkökulmana on alakouluikäisten lasten itsensä antama kokonaisarvio terveydentilastaan. Käsittelen alakouluikäisten lasten koetun terveyden- ja hyvinvoinnin taustatekijöitä, mittaamista ja saatuja tutkimustuloksia kansainvälisesti, koska kotimaista tutkimuskirjallisuutta aiheesta on vielä niukasti.

## 2 Lasten koetun terveydentilan taustatekijät

Lapsen kokonaisarvioon omasta hyvinvoinnistaan vaikuttaa aiempien tutkimusten (ks. esim. Goswami, 2014; Klocke, Clair & Bradshaw, 2014) mukaan esimerkiksi ikä, etninen tausta, vammaisuus, perherakenne, aineellisen puutteen esiintyminen ja kokemus omasta terveydentilasta. Alalukuihin olen valinnut tekijöitä, joilla on tutkimuskirjallisuuden mukaan vaikutusta oman terveydentilan arviointiin lapsilla. Tutkimuksissa vanhemmat toimivat usein tiedonantajina lasten koetusta terveydestä. Tästä syystä vanhemmilta saatu tieto muodostuu lasten koetun terveydentilan taustatekijäksi tutkimuksessa. Sosiodemografisten tekijöiden yhteydessä kuvaan, miten lapsen ikä ja vanhemman koulutustausta vaikuttavat näiden antamaan arvioon lapsen terveydentilasta. Kappale 2.5 lasten itsearviointi- ja ajattelutaitojen kehityksestä kuvaa alakouluikäisten lasten kykyä tuottaa tietoa omasta terveydestään.

### 2.1 Sosiodemografiset tekijät

Sosiodemografisina tekijöinä tässä kappaleessa ovat hyvinvointivaltion muoto, vanhempien koulutus, perheen sosioekonominen asema ja lapsen ikä. Hyvinvointivaltiomuotojen jäsenystapana käytetään Esping-Andersenin (1990) hyvinvointiregiimejä. Kansainvälisessä tutkimuksessaan selvitettiin, miten yhteiskunnalliset makrotason tekijät vaikuttavat lasten ja nuorten koettuun terveyteen. Maiden välinen vertailu osoitti makrotason tekijöiden olevan erilaiset hyvinvointivaltiomuotojen välillä. Liberaalia regiimiä edustavissa hyvinvointivaltioissa koettu terveys oli huonompi ja sosioekonomisen aseman yhteys makrotason tekijöihin oli vahvempi. Yhteyden voimakkuus tuli esiin verrattaessa liberaalia regiimiä sosiaalidemokraattiseen hallintoon ja alhaisimpiin tuloeroihin. Makrotason tekijöistä korkeat tuloerot ja kansanterveyden menot vahvistivat sosioekonomisen ja psykosomaattisten terveysongelmien välistä yhteyttä, kun taas kansalliset tulot ja terveysmenot eivät suoraan liittyneet koettuihin terveysongelmiin. (Rathmann ym., 2015.)

Vanhempien koulutustaustan vaikutus heidän antamaansa informaatioon lapsen terveydentilasta on ristiriitainen. Sanna Siposen (2014) tutkimuksessa vanhempien koulutus ei ollut yhteydessä lapsilla pitkäaikaissairauksien määrään, lasten koettuun terveyteen tai itselääkityksen käyttöön. Suomalaisten lasten terveyttä kuvattiin tutkimuksessa hyväksi, mutta erilaisten oireiden esiintymistä ja itselääkityksen käyttöä yleiseksi. (Siposen, 2014, 27—29.) Tutkimusmenetelmänä Siponen käytti lasten vanhemmille suunnattua

kyselylomaketta. Laajemmassa tutkimusaineistossa ja monipuolisemmilla tutkimusmenetelmillä on kuitenkin tehty erilaisia havaintoja vanhemman koulutustaustan merkityksestä. Suomalaisiin lapsiin kohdistuvassa isossa aineistossa äidin korkeampi koulutus ennusti äidin antamaa korkeampaa arviota, myös lapsen terveydentilasta (Kaikkonen ym., 2012, 6).

Yhteneväistä näissä kahdessa tutkimuksessa on, etteivät koulutusryhmittäisiä erot näkyneet lasten pitkäaikaissairauksien määrässä tai lääkityksen käytössä, kun arvioinnin kohteena olivat säännöllinen lääkitys ja itsehoitovalmisteiden käyttö (Kaikkonen ym., 2012, 8; Siponen, 2014, 29). Vanhempien koulutustaustalla on kuitenkin merkitystä määritettäessä perheen sosioekonomista asemaa. Sosioekonomisella asemalla tarkoitetaan yhteiskunnallista asemaa ja se määritellään tyypillisesti ammattiaseman mukaan (Tilastokeskus, 2019). Vanhempien koulutustaustan merkitys voi näkyä myöhemmin, vaikka lapsuudessa sen avulla ei voitaisikaan selittää lasten pitkäaikaissairauksia tai lääkityksen käyttöä ja siten koettuja terveyseroja. Kauhasen (2013, 59) mukaan lapsuuden aikaisella sosiaalisella huono-osaisuudella on yhteys aikuisiän kokonaiskuoletukseen ja suurentuneeseen sydäninfarkti riskiin.

Lapsen iällä näyttäisi olevan merkitystä sekä vanhempien antaessa arviota lapsen terveydentilasta että lasten itsensä antamaan arvioon omasta terveydentilastaan. Saksalaisessa tutkimuksessa vanhempien antama hyvinvointiarvio koheni, kun lapsi tuli teini-ikään (Ellert, Ravens-Sieberger, Erhart & Kurth, 2011). Laaksosen (2012, 42) tutkimuksessa lasten itsensä ja vanhempien arvioima terveyteen liittyvä elämänlaatu niin ikään parani kymmenen ja kahdentoista ikävuoden välillä. Nuoruusikään siirtyminen näyttää taas uudelleen muuttavan lasten omaa arviota koetusta terveydentilasta ja hyvinvoinnista. Keskimäärin nuorten arvio omasta hyvinvoinnistaan laskee teini-ikään tultaessa (Goswami, 2014). Suomalaisesta Kouluterveyskyselystäkin voidaan havaita yläkouluikäisten itse arvioitun terveyden olevan selvästi matalampi kuin alakouluikäisillä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely, 2019). Rees ym. (2013) analyysi englantilaisilla lapsilla näyttää, että lasten oman arvio laskee oikeastaan suurimmassa osassa elämäntyytyväisyyden mittareista mitä lähemmäs 15 vuoden ikää tullaan. Viidentoista ikävuoden jälkeen elämäntyytyväisyyden lasku näyttää kuitenkin pysähtyvän ja kohentuu uudelleen iän lisääntyessä. (Rees ym., 2013, 15.)

## 2.2 Elämäntapatekijät ja sosiaalinen ympäristö

Marques (2019) tutki yhdessä kollegojensa kanssa 37 Euroopan maassa tekijöitä, jotka vaikuttavat 10-16 vuotiailla lapsilla subjektiivisiin terveysongelmiin. Kokemukset terveysongelmista olivat yhteydessä epäterveellisiin elämäntapoihin ja terveyskäyttäytymiseen. Terveelliset elämäntavat paitsi ehkäisivät koettuja terveysongelmia, myös vähensivät niitä lukumäärällisesti. (Marques ym., 2019.) Samanlaisia havaintoja elämäntapatekijöiden vaikutuksista on tehty muissakin tutkimuksissa.

Toisessa tutkimuksessa verrattiin ruutuaikasuositusten ja fyysisen aktiivisuuden merkitystä koettuihin terveysongelmiin. Ruutuaikasuositusten ylittäminen (>2 päivässä) lisäsi lasten koettuja terveysongelmia. Fyysisten aktiivisuussuositusten noudattamisen yhteys ei ole ollut niin ilmeinen, mutta molempien suositusten noudattamatta jättäminen nosti selvästi riskiä koettuihin terveysongelmiin. (Keane, Kelly, Molcho & Nic Gabhainn, 2017.) Lasten elintapojen muodostumista voidaan ainakin joltain osin selittää vanhempien koulutustaustalla. Suomalaisella aineistolla tehdyssä tutkimuksessa havaittiin vähemmän koulutettujen äitien lapsien olevan muita useammin ylipainoisia ja lasten elämäntavat näyttäytyivät kokonaisuudessaan vähemmän terveyttä edistävinä. (Kaikkonen ym., 2012, 7.)

Elämäntapaan liittyvien tekijöiden lisäksi arvio omasta terveydentilasta on lapsilla herkkä sosiaalisen ympäristön tapahtumille. Koulukiusatuksi joutumisen on todettu laskevan arviota omasta terveydentilasta ja lisäävän psykosomaattisten oireiden määrää. Koulukiusaaminen yhdistettynä vähäisiin sosiaalisiin ja henkilökohtaisiin suojatekijöihin lisää riskiä kokea oma terveydentila keskimääräistä huonommaksi. (Menrath ym., 2015.) Näyttää siltä, että erityisesti kiusatuksi joutuminen vaikuttaa kokemukseen omasta terveydentilasta ja hyvinvoinnista: kansainvälisellä aineistolla tehdyssä mallinnuksessa lasten tyytyväisyys ystävyssuhteisiin ei vaikuttanut selitysvoimaisimpana tekijänä lasten kokemaan kokonaishyvinvointiin. Enemmän selitysvoimaa mallissa saivat esimerkiksi vapaus tehdä itselle mieluisia asioita ja elinympäristön turvallisuus. Kokemus ihmisten yleisestä ystävällisyydestä oli kuitenkin maiden välisessä vertailussa vahvasti yhteydessä ( $r=0.959$ ) elämäntyytyväisyyteen. (Bradshaw & Rees, 2017.)



## 2.3 Persoonallisuuden merkitys

Arvio omasta terveydentilasta on yhdistelmä useasta selittävästä tekijästä, joista yksi on persoonallisuus. Persoonallisuudella tarkoitetaan yksilöllisesti muodostunutta tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen kokonaisuutta, joka on suhteellisen pysyvä ajassa ja eri tilanteissa. Lapsilla persoonallisuuden vaikutuksen arviointi ei ole yksiselitteistä, koska lapsen persoonallisuuden kehitys on vielä kesken. (Metsäpelto & Feldt, 2009, 18–19.) Erot persoonallisuuden pohjalla vaikuttavissa temperamenttipiirteissä ovat kuitenkin nähtävissä jo varhaisessa vaiheessa (Keltikangas-Järvinen, 2009, 51). Aikuisilla tehdyn tutkimuksen mukaan persoonallisuus vaikuttaa keskeisesti kokemukseen onnellisuudesta ja hyvinvoinnista. Hyvinvointikokemusten vaihtelusta jopa yksi kolmasosa voidaan selittää persoonallisuuden ominaisuuksilla. (Cloninger & Zohar, 2011.) Aikuisista tiedetään, että onnellisuus vaikuttaa positiivisesti koettuun terveyteen, mutta koettu terveys ei vaikuta onnellisuuteen (Kinnunen, Virtanen & Valtonen, 2011).

Huolimatta näistä persoonallisuuden piirteiden arvioinnin epävarmuustekijöistä, on persoonallisuuden yhteyttä hyvinvointiin tutkittu lapsilla. Myönteiseksi luokiteltavilla persoonallisuuden ominaisuuksilla on havaittu tilastollisesti merkitsevä yhteys hyvinvoinnin kokemiseen. Myönteisillä persoonallisuuden ominaisuuksilla tarkoitettiin tässä mallissa *Big Five* -piirreteorian mukaista ulospäinsuuntautuneisuutta, tunnollisuutta, avoimuutta ja emotionaalista vakautta. Piirreteoriaan kuuluva sovinnollisuus ei ollut yhteydessä hyvinvointikokemusten vaihteluun. Ottamalla persoonallisuuden piirteet mukaan regressiomalliin voitiin subjektiivisen hyvinvoinnin vaihtelun selitysastetta lisätä 18,5 %. Erityisesti tunne-elämän vakaus tukee hyvinvoinnin kokemusta. (Goswami, 2014.) Laaksosen (2012, 40) tutkimuksessa lapset korostavatkin juuri emotionaalista hyvinvointia osana terveydentilan arviointiaan, kun samassa tutkimuksessa kouluterveydenhoitajien terveystarkastusraporteissa puuttuivat kuvaukset emotionaalisesta hyvinvoinnista.

## 2.4 Lasten vanhemmilta saatu tieto

Helavirta (2011, 66) esittää suomalaisten lasten hyvinvointiedon olevan instituutioiden ja vanhempien vartioimaa. Aikuisten näkökulmasta lapset ovat terveystietonsa informantteina yksilöllisiä ja mielikuvituksekkaita. Lapset käsittävät terveyteensä liittyviä asioita eri tavalla kuin aikuiset, mutta lasten ja aikuisten ajattelussa on paljon yhtäläisyyksiä. (Okkonen, 2004, 74–75.)

Lasten hyvinvointitutkimuksen perinteessä vanhempien arvioita lasten terveydestä onkin käytetty paljon kuvaamaan lasten itsearvioitua terveyttä (Schmidt ym., 2002; Siponen, 2014). Ongelmallisen tästä lähestymistavasta tekee se, että tutkimustieto näyttää vanhempien ja lasten tuottaman terveystiedon olevan erilaista, eivätkä arvioinnit eivät ole yhteneväisiä (esim. Ellert ym., 2011; Laaksonen, 2012). Vanhempien antamien arviointien käyttöä toisaalta tukee lasten tapa valikoida kenelle he kertovat terveyteen liittyvistä huolistaan. Lapset kertovat hyvinvointihuolistaan mieluummin vertaisilleen tai vanhemmilleen kuin viranomaisille (Helavirta, 2011, 68). Lasten ja vanhempien arviointeja onkin ehdotettu tarkasteltavan rinnakkain (Schmidt ym., 2002) tai käyttämään vanhemmilta saatavaa tietoa lisäinformaationa lasten itsensä tuottamalle tiedolle (Ellert ym., 2011).

Saksalaisella aineistolla tehdyssä tutkimuksessa vanhemmat yliarvioivat lastensa fyysistä elämänlaatua, itsetuntoa ja hyvinvointia koulussa. Vastaavasti aliarviointia tapahtui kysyttäessä perheen hyvinvoinnista tai lasten psykologisesta hyvinvoinnista. (Ellert ym., 2011.) Yhdenmukaisuus lasten ja vanhempien arviointien välillä jäi heikoksi myös Laaksosen (2012) tutkimuksessa. Lapset arvioivat omaan terveyteensä liittyvän elämänlaadun paremmaksi emotionaalisen ja fyysisen terveydentilan osalta, mutta puolestaan matalammaksi sosiaalisen ja opiskeluun liittyvän toimintakyvyn osalta kuin vanhemmat. Korkeimmat korrelaatiot vanhempien ja lasten arvioinneissa saatiin psykososiaalisessa toimintakyvyssä ja matalimmat fyysisen terveyden osalta. (Laaksonen, 2012, 42.)

## 2.5 Alakouluikäisen itsearviointitaidot ja ajattelutaitojen kehitys

Lasten kehitysvaiheen ja itsearviointitaitojen ymmärtäminen on terveystutkimuksessa tärkeää. Kehitysvaihe määrittää sen, millaisia menetelmiä ja indikaattoreita lapsilla on suositeltavaa käyttää hyvinvointikokemusten tutkimisessa (Fattore, Mason & Watson, 2007). Kirjallisuuskatsaukseni en ole liittänyt tietoa lasten itsearviointiin tarkkuudesta, koska se ei ole olennaista tutkimuskysymykseni kannalta. Kykyä itsearviointiin voi kuitenkin reflektoida lapsen ajattelutoimintoja kuvaavan kehityksen avulla. Lisäksi voidaan kiinnittää huomiota siihen, kuinka lapsen itsearviointikykyä harjoitetaan lapselle keskeisissä kehitysympäristöissä, kuten perusopetuksessa jo ensimmäisistä luokista alkaen (Opetushallitus, 2014).

Itsearviointin pohjalla voidaan ajatella olevan minäkuva eli käsitys itsestä. Minäkäsityksen kehittyminen on vaiheittain etenevä prosessi, josta voidaan löytää ikäryhmittäisiä eroja, vaikka kehitysprosessi sisältää luonnollisesti yksilöllisiä eroja. (Aho, 2005, 34.) Koulunsa aloittavat lapsilla on jo hyvä käsitys fyysistä ominaisuuksistaan, mutta omien psyykkisten ominaisuuksien arviointi tuottaa vielä hankaluuksia. Lapsen itsearvioinnissa korostuu yleistäminen. Lapsi saattaa havaita olevansa hyvä matematiikassa ja tämän perusteella arvioi olevansa hyvä myös pallopeleissä. Samanlaista yleistämistä tapahtuu negatiiviseksi koettujen ominaisuuksien kohdalla. Lapset ovat herkkiä kaikelle ympäristön palautteelle, erityisesti suhteet vanhempiin vaikuttavat käsitykseen itsestä. Yhdeksästä ikävuodesta eteenpäin lapset pystyvät jo varsin tarkkoihin itsearviointeihin. (Aho, 2005, 34–35.)

Keskilapsuudessa tapahtuu monia merkittäviä edistymisiä lapsen kehityksessä ja suhteessa aikuisiin. Erityisesti fyysinen kehitys mahdollistaa aiempaa itsenäisemmän toiminnan. (Nurmi ym., 2014, 77–79.) Erik H. Eriksonin (1982) psykososiaalinen kehitysteoria korostaa keskilapsuudessa muodostuvaa positiivista käsitystä omasta kyvystä toimia ja selviytyä itselle merkityksellisissä kehitysympäristöissä. Lapsella nämä ympäristöt ovat koulussa ja toveripiirissä. Riskinä kehitysvaiheessa on alemmuuden tunteen syntyminen, joka ei vie psykososiaalista kehitystä eteenpäin. (Erikson, 1982, 248.) Ajattelutoimintojen fysiologista muutosta kuvaavat paremmin toiminnalliset kuin rakenteelliset muutokset. Tiedonkulku ja hermoverkkojen rakentuminen paranee myelinisoitumisen myötä. Tarpeettomat synaptiset yhteydet vähenevät. Sähköisen toiminnan muuttumisen myötä tarkkaavuuden ylläpitäminen parantuu. Aivojen etuosien yhteistyö aivojen muiden osien kanssa helpottuu. Etuotsalohkon parantunut yhteistyö aivojen muiden osien kanssa on olennaista lasten toiminnanohjauksen kannalta. (Nurmi ym., 2014, 81–82.)

Erityisesti 11 ikävuodesta eteenpäin tapahtuva kognitiivinen kehitys, jota Piaget (1950, 123) kutsuu formaalisten operaatioiden vaiheeksi, mahdollistaa loogisen abstraktin ajattelun. Siirtymä formaalisten operaatioiden vaiheeseen tukee näin ollen itsearviointia abstraktimpien käsitteiden, kuten *terveys*, osalta. Ennen formaalin ajattelun vaihetta lapset elävät 7-8 vuoden iästä alkaen nk. konkreettisten operaatioiden vaihetta. Tässä vaiheessa lapset ymmärtävät luokittelun periaatteen, osaavat yhdistellä tietoa, vapautuvat egosentrisyydestä ja alkavat käyttää loogista päättelyä. (Piaget, 1950, 123, 139–142.) Abstraktit käsitteet ovat keskilapsuudessa vielä hankalia ja lapsi tarvitseekin tuekseen konkreettisia esimerkkejä, joita voi peilata omaan elämäänsä (Nurmi ym., 2014, 95).

### **3 Koetun terveyden mittaaminen lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa**

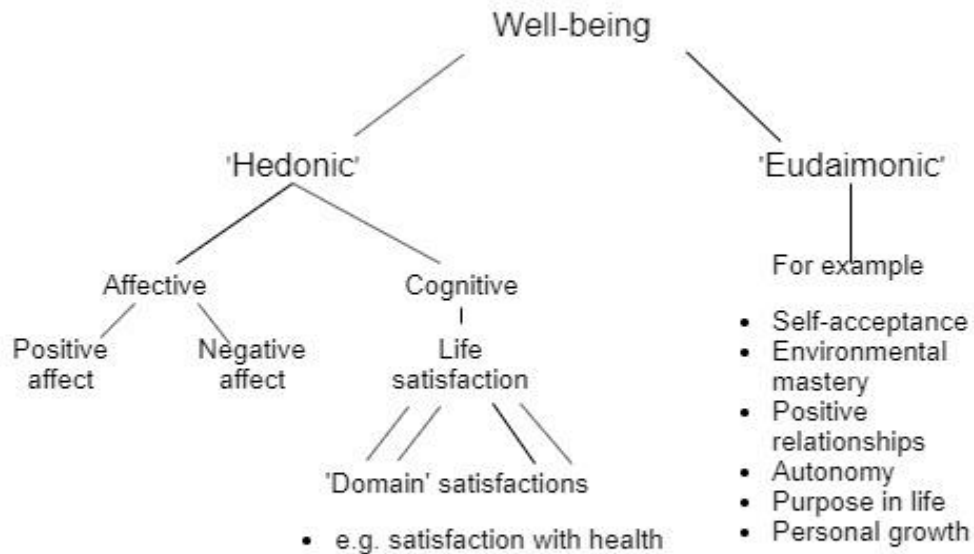
Alakouluikäisten lasten koettua terveyttä huomattavasti enemmän on tutkittu lasten hyvinvointia laajempänä käsitteenä (esim. Dinisman & Ben-Arieh, 2016; Bradshaw & Rees, 2017). Hyvinvointitutkimuksen apuvälineenä käytetään lasten arviota omasta terveydentilastaan, mutta toisin kuin nuorilla, koettu terveys ei useinkaan esiinny ensisijaisena tutkimuskohteena. Seuraavissa alaluvuissa esittelen lasten terveyden subjektiivista tutkimussuuntausta, lasten terveyskäsitystä ja asemaa hyvinvointiedon tuottajana. Luku jatkuu kirjallisuudessa käytettyjen tutkimusmenetelmien kuvaamisella ja niiden avulla saaduilla tuloksilla lasten koetusta terveydestä Suomessa ja kansainvälisesti.

#### **3.1 Lasten subjektiivinen terveystutkimus**

Lasten terveyden tutkimista voidaan lähestyä objektiivisesta tai subjektiivisesta tutkimussuuntauksesta käsin. Vakiintuneita objektiivisen terveystutkimuksen välineitä lapsilla ovat esimerkiksi ylipainoisten osuuden ilmoittaminen tai tilastot lapsikuolleisuudesta. Lasten subjektiivinen terveystutkimus painottaa lasten omaa kokemusta ja useamman osatekijän vaikutusta hyvinvointikokemukseen. (Rees ym., 2013, 7.) Koettu terveys voidaan mieltää hyvinvoinnin osa-alueeksi ja terveydentilan alakäsitteeksi. Kuvio 1. on teoreettinen mallinnus lasten itsearvioidun hyvinvoinnin osatekijöistä. Kuvion selitysosassa kuvaan, miten kokemus omasta terveydentilasta sijoittuu itsearvioidun hyvinvoinnin komponentiksi.

**Kuvio 1**

Components of self-reported well-being



Lähde: Mukailien "The Good Childhood Report 2013" Rees, G., Goswami H., Pople, L., Bradshaw, J., Keung, A. & Main, G, 2013, 8. UK: The Children's Society.

Itsearvioidun hyvinvoinnin ajatellaan muodostuvan kahdesta päätekijästä, jotka ovat subjektiivinen (*hedonic*) ja psykologinen (*eudaimonic*) hyvinvointi. Subjektiivinen hyvinvointi painottaa onnellisuutta ja tyytyväisyyttä psykologisen hyvinvoinnin keskittyessä henkilökohtaisen kasvun mahdollisuuksiin. Tässä mallissa henkilökohtaisen kasvun mahdollisuuksia lähestytään Ryffin (1989) teorialla psykologisesta hyvinvoinnista. Teorian mukaiset psykologisen hyvinvoinnin osa-alueet on esitetty esimerkkinä kuviossa. Kokemus omasta terveydentilasta voidaan sijoittaa osaksi kognitiivista käsitettä, subjektiivisen hyvinvoinnin kattokäsitteen alle. Koettu terveys on yksi elämäntyytyväisyyttä (*life satisfaction*) tuottava *domain satisfaction*. Malliin on valittu yhteensä kymmenen elämäntyytyväisyyttä tuottavaa *domain satisfactionia*, joita terveyden lisäksi ovat esimerkiksi koulu, koti ja vapaa-aika. (Rees ym., 2013, 7, 9.)

### 3.2 Lasten terveystiedon ja asema hyvinvointitiedon tuottajana

Lapsilta saatavan terveystiedon olennainen kysymys on se, miten lapset ymmärtävät terveyden käsitteenä. Lasten terveystiedon on laaja. Lapset mieltävät terveyden

kokonaisvaltaisena hyvänä olona, johon liittyvät esimerkiksi kokemus hyvästä päivästä ja kivuttomuudesta. Terveys on lasten mukaan mahdollistaja mukaville asioille, kuten leikkimiselle, ja toisaalta se vapauttaa ikävistä asioista, kuten kotona olemisesta ja lääkkeiden ottamisesta. Terveiden on lapsilla havaittu olevan yhteydessä turvallisuuden tunteeseen. (Okkonen, 2004, 62, 64.) Edellä mainittujen tuloksien kanssa yhteneväisiä ovat myös Jukka Liuhan (2008) pro gradu -tutkielmassaan tekemät havainnot, jotka kuvaavat lasten kokeman terveyden muodostuvan itsestä huolehtimisesta ja täysipainoisesta elämästä. Aineistossa lapset mainitsivat keskeisimmiksi terveyteen vaikuttaviksi tekijöiksi kaverit ja elämäntavat. (Liuha, 2008, 54, 56.)

Yhteiskuntapoliittisesti lapset ovat hyvinvointitiedon tuottajina oma erityisryhmänsä. Se, millaisiksi informanteiksi lapset mielletään hyvinvointi- ja terveystiedon tuottajina, on yhteydessä käsitykseemme lapsista ja lapsuudesta (Helavirta, 2011, 26). Lapset ovat historiallisesti kuuluneet tutkimukselliseen marginaaliryhmään, ja lapsia koskevilla mittausmenetelmissä on korostunut aikuisten asiantuntijuus. Lapsuustutkimus *childism* on pyrkinyt vahvistamaan lasten asiantuntijuutta heitä koskevilla kysymyksissä. (Wall, 2013, 68, 82.)

### 3.3 Tutkimusmenetelmät

Tutkimuskirjallisuudessa eniten käytetty tapa tutkia lasten koettua terveyttä on ollut kyselylomake, joka on voitu osoittaa lapselle itselleen tai vanhemmille (esim. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017, 2019; Siponen, 2014). Käsittelen seuraavassa koetun terveyden mittaamista lapsille suunnatuissa kyselyissä.

Kansainvälisessä Children's Worlds -projektissa lapset tuottivat tietoa hyvinvoinnistaan kyselylomakkeen avulla, joka koostui kymmenestä erilaisesta osiosta. Kyselylomakkeessa itsessään terveys ei muodostanut omaa kategoriaansa ja sitä tutkittiin vain lasten oman kokemuksen kautta. Koetun terveyden kysymys oli liitetty kyselyssä osioon, joka käsitteli terveyden lisäksi mm. lapsen kokemusta kehostaan, vapaa-ajan mielekkyyttä ja kokonaisarviota elämäntyytyväisyydestä. Koetun terveyden kysymys ja vastausasteikot oli tutkimusta varten laadittu Personal Well-being Index-School Children (PW-SC) mittariston avulla. (Dinisman & Rees, 2014, 4; Children's Worlds, 2019.)

Ikäryhmittäin voidaan käyttää erilaisia kyselylomakkeita. Children's Worlds -projektissa kyselylomakkeen validointiprosessissa päädyttiin rakentamaan erilaiset kyselylomakkeet

ikäryhmittäin. Koetun terveyden osalta 8-vuotiaat lapset antavat vastauksen kysymykseen ”How happy you feel with your health” ja käyttävät viisiportaista, hymiöistä muodostuvaa asteikkoa vastauksensa antamiseen. Kymmenestä ikävuodesta eteenpäin koetun terveyden kysymys on muodossa ”How satisfied are you with your health?” ja vastausasteikkona toimii 11-portainen jana ”en lainkaan tyytyväinen”, ”täysin tyytyväinen”. (Dinisman & Rees, 2014, 3.)

Suomalainen kouluterveyskysely on myös ikäryhmittäin erilainen. Koettua terveyttä on kartoitettu molemmilla ikäryhmillä useamman vuoden ajan kysymyksellä ”mitä mieltä olet terveydentilastasi”, mutta nuorilla kyselyn terveysosio käsittää enemmän kysymyksiä objektiivisista terveysindikaattoreista. Alakouluikäisten terveyttä kartoitetaan koetun terveydentilan lisäksi vain kysymyksillä muiden terveysongelmien yleisyydestä. Vuosittain on vaihdellut se, mitä terveysongelmia lapsilta kartoitetaan. Pysyvimpiä indikaattoreita ovat olleet niska- tai hartiakivut, vatsakivut, nukahtamisvaikeudet tai yöllinen heräily ja päänsärky. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017, 2019.) Tutkimuskirjallisuudessa tyypillinen tapa onkin lisätä tietoa lasten koetusta terveydentilasta kysymällä ennalta määriteltujen terveysongelmien esiintyvyydestä erikseen (esim. Klocke ym., 2014).

Kyselylomakkeiden kysymysten muotoilulla voi olla vaikutusta vastausten luotettavuuteen, erityisesti ajalliseen pysyvyyteen eli reliabiliteettiin. Tunnetilan (esimerkiksi ”happy”) käyttäminen kysymyksenasettelussa voi ohjata lasta affektiivisempaan eli tunneperäisempään vastaukseen. Rees (2013) tutki yhdessä kollegojensa kanssa lasten subjektiivisen hyvinvoinnin eri osa-alueita. Kyselylomakkeessa affektiivisen osa-alueen tutkimiseksi käytettiin erilaisia tunneilmauksia kuten ”how happy...”, ”how calm...”. Tutkimustuloksena oli, että lasten kokemus onnellisuudesta vaihtelee enemmän lyhyellä aikavälillä kuten viikonpäivien mukaan elämäntyytyväisyyden ollessa stabiilimpi. (Rees ym., 2013, 10–11.)

Tehtäessä valintaa siitä, millaisista terveysongelmista lapsilta kysytään koetun terveyden rinnalla, on hyvä huomioida sukupuolten väliset herkkyyserot kokea tiettyntyyppisiä terveysongelmia. Kouluterveyskyselyssä sukupuolijakauma on erilainen verrattaessa laadullisia terveysongelmia alakouluikäisillä lapsilla. Sukupuolten välillä ei juurikaan näy eroa siinä, kuinka moni kokee kärsivänsä usein yskästä tai kuivasta ja kipeästä kurkusta. Nenän tukkoisuuden tai nuhan kokeminen on hyvin samanlaista sukupuolten välillä.

Enemmän eroavaisuuksia sukupuolten välillä aletaan nähdä kysyttäessä vatsakipujen yleisyydestä tai päänsärystä. Usein koettu päänsärky on selvästi yleisempää tytöillä kuin pojilla. Tytöillä terveysongelmien kokeminen näyttäisi olevan lähes kaikkien indikaattorien kohdalla yleisempää kuin pojilla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely 2017, 2019.)

Haasteena lapsilta saadussa hyvinvointi- ja terveystiedossa on lisäksi tiedon muoto. Helavirta (2011) esittää lapsilta saatavan hyvinvointitiedon välittyvän puheen sijaan nonverbaalisissa muodossa, mikä edellyttää monipuolisten tutkimusmenetelmien käyttöä. Lapsilta saatava hyvinvointitieto voi olla niukkaa, koska lasten ei ole helppo ilmaista itseään puhumalla tai kirjoittamalla. (Helavirta, 2011, 65.) Lasten suppeampi sanavarasto voi lisäksi vaikeuttaa tapaa, jolla aikuinen ymmärtää lasten tuottama informaatiota (Okkonen, 2004, 75). Toisaalta lasten voi olla vaikea hahmottaa abstrakteja käsitteitä kuten ”koti” tai antaa tietoa sellaisista asioista, joista heillä itsellään ei ole suoraa kokemusta (Helavirta, 2011, 67).

Tiedonkeruumenetelmiä lasten terveydestä ja hyvinvoinnista on Suomessa pyritty monipuolistamaan erilaisilla tutkimushankkeilla. Helsingin ja Oulun yliopisto toteuttivat esimerkiksi vuosina 2010–2014 yhteistyöhankkeen (TelLis) Lapset kertovat hyvinvoinnistaan – kuka kuuntelee? Tutkimushankkeen tarkoituksena oli tuottaa monipuolista tietoa lasten koetusta hyvinvoinnista käyttämällä tutkimusmenetelminä sanallisen kerronnan lisäksi toimintaa, valokuvausta, sadutusta ja leikkiä. Tavoitteena oli tukea lasten hyvinvointia kehittämällä kerronnan työkaluja myös lasten arkeen. (Suomen akatemia, 2015; Karlsson, 2010–2014.)

Suomessa lasten hyvinvointi ja terveystutkimuksen konteksti on tyypillisesti ollut kouluympäristö. Perusteluita kiinnostukseen yhdistää kouluympäristö ja terveystutkimus voidaan hakea tutkimustuloksista, jotka korostavat koetun terveyden itsenäistä merkitystä lapsen kouluviihtyvyydelle ja koettujen hyvinvointierojen selittymistä enemmän yksilötason tekijöillä kuin koulukohtaisilla eroilla (Konu, 2002, 44–47). Anne Konu (2002, 43) on kehittänyt myös laajasti sovelletun *Koulun hyvinvointimallin*. Malli tuottaa omalta osaltaan ajankohtaista tietoa lasten koetusta terveydestä osana kouluhyvinvointia.

Kiinnostusta tutkia kouluviihtyvyyteen vaikuttavia tekijöitä on todennäköisesti lisännyt tietoisuus suomalaisten lasten huonosta kouluviihtyvyydestä, vaikka oppimistulokset ovat



hyviä (Nurmi ym., 2014, 133). Terveystutkiminen osana koulukontekstia on perusteltua myös perheen näkökulmasta. Suomalaiset vanhemmat pitävät terveyskasvatusvelvollisuutta kodille ja koululle yhteisenä tehtävänä. Lapsen terveydentila vaikuttaa siihen, millaisen roolin vanhemmat antavat koulussa tapahtuvalle terveyskasvatukselle. Kroonisesti sairaan lapsen vanhemmat toivovat enemmän tukea koululta terveyskasvatukseen. (Sormunen, 2012, 40.)

### 3.4 Pohjoismaalaisten lasten koettu terveys kansainvälisesti

Children's Worlds -projektin aineisto on mahdollistanut lasten koetun terveyden tutkimisen maailmanlaajuisesti. Käytettäessä kahdeksanvuotiaiden lasten aineistoa vuosilta 2013–2015 saatiin lasten koetun terveyden asteikolla keskimääräiseksi pistemääräksi 3,57, asteikolla 1-5. Sukupuolten välillä ei havaittu suuria eroavaisuuksia. Korkeimman arvion omasta terveydentilastaan antoivat kolumbialaiset lapset keskiarvolla 3,79 ja matalimman Nepalissa asuvat lapset (3,24). Mikäli jätetään keskiarvojen ääripäät pois, voidaan havaita huonoksi terveytensä kokevien lasten osuuden olevan suuressa osassa maita 10 prosentin luokkaa. Norja edustaa kyselyssä Pohjoismaita ja se sijoittuu tarkalleen listauksen puoliväliin. Tutkimukseen oli valittu yhteensä kuusitoista erilaista valtiota edustamaan maailman eri osia. (Rees ym., 2016, 53–54.)

Kaikki Pohjoismaat olivat sen sijaan osallisena WHO:n koululaistutkimuksessa. Vuosiin 2009–2010 perustuvassa aineistossa suomalaisten 11–15 -vuotiaiden lasten kokema hyvinvointi oli 28 OECD-maan joukossa vasta sijalla 18. Tämä eroaa muista Pohjoismaista niiden sijoittuessa seitsemän kärkimaan joukkoon. Hyvinvointimittari koostui tutkimuksessa neljästä osa-alueesta, joista yksi oli koettu terveydentila. Maiden välisissä yksilöntason korrelaatioanalyysissä koettu terveys ja elämäntyytyväisyys korreloivat vahvimmin yleiseen hyvinvointiin. Suomalaisten lasten koettu terveys näyttäytyi vertailussa keskimääräistä huonompana pysyen edelleen sijalla 18. Muut Pohjoismaat saivat myös tällä osa-alueella keskimäärin paremman sijoituksen. Myönteisimmät arviot omasta terveydentilasta annettiin slovenialaisten lasten keskuudessa ja huonoimmaksi oma terveys koettiin Turkissa ja Yhdysvalloissa. (Klocke ym., 2014.)

Kulttuurin vaikutus ei tule kuitenkaan huomioiduksi tutkimustuloksissa, jotka vertaavat suoraan maiden välistä sijoittumista. Vastaajien erilainen kulttuurinen konteksti on haaste maiden välisten vertailujen tekemiselle. Bradshaw & Rees (2017) ehdottavatkin

kansainvälisten vertailujen ohella kiinnittämään enemmän huomiota maiden välisiin sisäisiin vaihteluihin hyvinvointi-indikaattoreissa. Children's Worlds -aineistolla tehdyssä tutkimuksessa hyvinvointi-indikaattorien merkitys kokonaishyvinvoinnille oli riippuvainen kohdemaasta. Koetun terveyden suhteellinen merkitys hyvinvoinnille vaihteli maiden välillä 4–14 prosenttia. Norjassa koettu terveyden merkitys oli 4 %, kun suurin merkitys kokonaishyvinvointiin itse arvioidulla terveydellä oli Nepalissa. (Bradshaw & Rees, 2017.)

Toinen tapa hallita kulttuurisen kontekstin vaikutusta on käyttää hyvinvointi-indikaattorille maakohtaista suhteellista pistemäärää. Suhteellinen pistemäärä vertaa aineistosta saatua hyvinvointi-indikaattorin keskimääräistä pistemäärää maakohtaiseen odotettavissa olevaan pistemäärään. Tällä menetelmällä voidaan tunnistaa eri maiden vahvuuksia ja heikkouksia. Pohjoismaiden heikkoudeksi nostettiin 8-vuotiaiden lasten aineistosta kokemus omasta terveydentilasta. Pohjoismaissa vahvuutena lasten hyvinvoinnille ovat suhde opettajaan ja ulkoilualueet. (Rees ym., 2016, 80–82.)

Kulttuuri vaikuttaa myös tyypilliseen vastaustapaan omaa terveyttä tai hyvinvointia käsittelevissä kysymyksissä. Kansainvälisiä vertailuja tehdessä tämä näkyy maiden välisinä kulttuurieroina. Toiset kulttuurit korostavat hyvinvointia kaikilla elämän osa-alueilla, kun taas toiset antavat systemaattisesti huonoja arvioita omasta hyvinvoinnistaan. Tyypillisesti korkeita arvioita hyvinvoinnistaan antavat romanialaiset ja espanjalaiset lapset, kun huonoimmat arviot keskittyvät Etiopiaan ja Nepaliin. (Rees ym., 2016, 78–79.)

### 3.5 Lasten koettu terveys Suomessa

Suomessa on tällä hetkellä käynnissä kaksi merkittävää tutkimushanketta ja kansallista tiedonkeruumenetelmää lasten terveydestä. Ensimmäinen näistä on vuonna 2007 alkanut Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimus (LATE). Tutkimuksen vahvuutena on pitkittäistutkimusasetelma. Oman tutkimuskysymykseni kannalta ongelmallisen tästä aineistosta tekee se, että alakouluikäisten lasten koettua terveydentilaa ovat arvioineet lasten sijaan vanhemmat. Vanhempien arvioiden rinnalla käytetään kouluterveydenhuollossa tehtyjä terveystarkastuksia. Lapset ovat päässeet tässä tutkimuksessa arvioimaan omaa terveydentilaansa vasta yläkouluikäisenä. (Lasten terveys ja seurantatutkimus, 2019.) Kattavin aineisto suomalaisten lasten itsensä arvioimasta koetusta terveydestä löytyy kahden vuoden välein toteuttavasta Kouluterveyskyselystä, jonka tuloksia esittelen seuraavassa.

Valtakunnallista Kouluterveyskyselyä alakouluikäisille ja heidän huoltajilleen on toteutettu vuodesta 2017 alkaen. Valtakunnallisen Kouluterveyskyselyn laajeneminen alakouluihin oli osa silloisen hallituksen lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa. (Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE), 2019, 44.) Vertailun vuoksi valtakunnallisella Kouluterveyskyselyllä on kartoitettu yläkouluikäisten terveyttä vuodesta 1996 alkaen, lukiolaisilta vuodesta 1999 ja ammattioppilaitoksista vuodesta 2008 (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2019).

Oppilaiden osalta Kouluterveyskyselyn kattavuus on hyvä, vastausprosentti vuonna 2017 oli 80 ja 82 % vuonna 2019. Tämän vuoden (2019) kyselyssä perusopetuksen 4. ja 5. luokkalaisille 9 % kaikista vastaajista koki terveydentilansa huonoksi tai keskinkertaiseksi ja kääntäen 45 % erittäin hyväksi. Vuosien 2017 ja 2019 välillä molempien sukupuolten, erityisesti tyttöjen, kokemus omasta terveydentilasta näyttää huonontuneen. Molemmilla sukupuolilla erittäin hyväksi terveydentilansa kokevien joukko on pienentynyt ja keskinkertaiseksi tai huonoksi terveydentilansa kokevien joukko kasvanut. Melko hyväksi terveydentilansa kokevien osuudessa ei ole kuitenkaan tapahtunut suuria muutoksia. Tarkemmin tulokset esitetty numeraalisessa muodossa Taulukossa 1. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017, 2019; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely, 2019, 3.)

### Taulukko 1.

Koettu terveydentila perusopetuksen 4. ja 5. luokkalaisilla vuosina 2017 ja 2019.

Koettu terveydentila	2017 Yhteensä	Sukupuoli		2019 Yhteensä	Sukupuoli	
		Pojat	Tytöt		Pojat	Tytöt
erittäin hyvä, %	47,0	48,3	45,8	45,0	47,4	42,6
melko hyvä, %	46,0	45,0	47,0	46,0	44,4	47,7
keskinkertainen, %	6,3	6,0	6,5	7,9	7,2	8,7
melko tai erittäin huono, %	0,7	0,8	0,7	1,0	1,0	1,1
<b>Vastanneiden lkm.</b>	92 543	45 644	46 692	95 992	47 434	48 289

Lähde: mukaillen Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely (2017; 2019).

Lasten itsensä antamissa arvioissa omasta terveydentilastaan on alueittaisia eroja. Kahtena peräkkäisenä tutkimusajankohtana (vuosina 2017, 2019) lapset arvioivat terveydentilansa keskimääräistä huonommaksi Lapissa ja Ahvenanmaalla. Keskinkertaiseksi tai huonoksi

terveydentilansa kokevien osuus oli vuonna 2019 Lapissa 11,1 % ja Ahvenanmaalla 12,6 %. Myönteisimmät arviot omasta terveydentilasta annettiin vuonna 2017 Etelä-Karjalassa (6 %). Alueittain yhteneväistä on lasten koetun terveydentilan huonontuminen vuosien 2017 ja 2019 välillä. Alueellisesti parhaat arviot omasta terveydentilasta annettiin vuonna 2019 Keski-Suomessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017, 2019.)

Alakouluikäisten koettua terveyttä on tutkittu valtakunnallisesti vasta niin vähän aikaa, ettei tästä voida päätellä pitkän aikavälin kehityssuuntaa eli trendiä. Yläkouluikäisten kohdalla seuranta on tehty Kouluterveyskyselyssä pidempään ja selkeä hyppäys tapahtuu vuoden 2015 jälkeen, jolloin terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokeneiden osuus kasvaa. Vuonna 2019 tämä osuus oli 20,9 %. Saman suuntaista trendiä on havaittu lukiolaisilla ja ammattioppilaitoksissa. Ammattioppilaitoksissa kasvu on suurempaa ja lukiolaisilla hieman vähäisempää. Eniten kasvua näyttäisi tilastojen valossa selittävän tässäkin ryhmässä tyttöjen huonontunut kokemus omasta terveydentilastaan. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely, 2019, 3; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017, 2019.)

Alakouluikäisten lasten huoltajien arvio lastensa terveydentilasta oli vuoden 2017 Kouluterveyskyselyn mukaan positiivisempi kuin lasten itsensä antama. Koko maassa 2,9 % vanhemmista koki lapsensa terveydentilan keskinkertaiseksi tai huonoksi. Vanhempien arvioinnit erosivat lasten tapaan alueittain. Huonoimmat arviot annettiin Ahvenanmaalla, jossa 4,3 % vanhemmista arvioi lapsen terveydentilan keskinkertaiseksi tai huonoksi, Päijät-Hämeen luku erosi myös koko maan keskiarviosta ollen 3,7 %. Myönteisimmät arviot annettiin Lapissa (2,4 %) ja Pohjois-Pohjanmaalla (2,4 %). (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017, 2019). Huoltajien aineistosta saatujen tuloksien yleistettävyyttä kuitenkin heikentää pieni osallistumisprosentti (28%) ja se, että suurin osa kyselyyn vastanneista oli naisia (85%). Vastaajat erosivat jonkin verran koulutustaustansa mukaan, korkeasti koulutetut olivat aineistoissa hieman yliedustettuina. Iän ja asuinpaikan mukaan aineisto näyttää kuitenkin edustavan perusjoukkoa hyvin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017.)

Alueelliset erot lasten koetussa terveydestä olivat osittain samanlaisia mutta myös ristiriitaisia vanhempien ja lasten arviointien välillä. Lapset itse kokivat terveytensä huonoimmaksi Lapissa, kun täällä vanhemmat arvioivat lasten terveyden kaikista myönteisimmin. Yhteneväistä vanhempien ja lasten arvioinneissa oli huonompi

terveyskokemus Ahvenanmaalla, kun vertailukohtana oli koko maan keskiarvo. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely, 2017.) Tulosten yleistettävyyttä voi tässä yhteydessä kuitenkin heikentää Ahvenanmaan pienempi väestöpohja ja siten suppeampi vastaajamäärä. Suppeampi vastaajien määrä voi korostaa hyvien ja huonojen arvioiden merkitystä lopullisissa tuloksissa.

Itsearvioitujen terveysongelmien yleisyys liitetään lapsilla usein osaksi koetun terveyden mittaamista. Kokonaisarvio omasta terveydentilasta on suomalaisilla lapsilla huonontunut Kouluterveyskyselyn mukaan. Kouluterveyskyselyn perusteella ei kuitenkaan näytä siltä, että terveysongelmien ja koetun terveydentilan välinen yhteys olisi aina johdonmukainen. Valitsin Kouluterveyskyselystä samat koettuja terveysongelmia kuvaavat indikaattorit vuosilta 2017 ja 2019. Tuloksena oli, että molemmilla sukupuolilla niska- tai hartiaseudun kiputilat ja vatsakivut olivat vähentyneet. Päänsärky sekä nukahtamisvaikeudet olivat puolestaan hieman lisääntyneet molemmilla sukupuolilla kahden vuoden aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely 2017, 2019.)

## 4 Pohdinta

Tutkielman tarkoituksena on ollut selvittää, millaisia tutkimusmenetelmiä alakouluikäisten lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on käytetty koetun terveyden mittaamiseksi ja millaisia tuloksia näillä menetelmillä on saatu. Tekemäni kirjallisuuskatsauksen mukaan koetun terveyden mittaamista alakouluikäisillä käytetään tyypillisimmin apuvälineenä silloin, kun halutaan tutkia lasten hyvinvointia laajempänä käsitteenä. Koettu terveys ei useinkaan esiinny ensisijaisena tutkimuskohteena. Yhteiskuntapoliittisesti lapset näyttäytyivät hyvinvointitiedon tuottajina omana erityisryhmänään. Aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan metodologisena haasteena lasten terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on pitkään ollut aikuisten asiantuntijuus. Kattavat tiedot lasten terveydestä ovat olleet saatavilla vain vanhempien antamina arviona (Schmidt ym., 2002).

Kirjallisuuskatsaukseni tuloksena voidaan pitää havaintoa siitä, että lasten asiantuntijuutta heitä koskevissa kysymyksissä on vahvistettu 2010-luvun aikana. Children's Worlds -projekti on ollut merkittävä kansainvälinen edelläkävijä tuottaessaan tutkimustietoa lasten koetusta hyvinvoinnista ja terveydestä. Suomessa Kouluterveyskysely laajeni koskemaan alakouluikäisiä vuonna 2017 ja tällä hetkellä se toimii kattavimpana aineistona suomalaisten lasten koetusta terveydestä. Kehityopsykologisesta näkökulmasta katsottuna ei ole estettä esittää alakouluikäisille itsearviointikykyä vaativia kysymyksiä heidän omasta terveydentilastaan. Tutkimusmenetelmissä on tosin tarpeen arvioida lasten kehitystaso ja kyky antaa tietoa kehitysvaiheen mukaisesti. Kehitysvaiheen huomiointi aiempaa paremmin edellyttää tutkimusmenetelmien monipuolistamista, kun tällä hetkellä tyypillisin tapa tutkia lasten koettua terveyttä on ollut ikäryhmittäin rakennettu kyselylomake.

Pohjoismaalaisten ja erityisesti suomalaisten lasten koettu terveys näyttäytyi kirjallisuuskatsaukseni kansainvälisessä vertailussa keskimääräistä huonompana (Rees ym., 2016, 54; Klocke ym., 2014). Kansallisesti suomalaisten lasten koettu terveys näyttää huonontuneen kaikissa ikäryhmissä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely, 2019, 3). Kansainvälisistä vertailuista voidaan suoran sijoittumisen lisäksi saada tietoa koetun terveyden suhteellisesta merkityksestä lasten kokonaishyvinvointiin. Kansainvälinen vertailu tarjoaa myös mahdollisuuksia tunnistaa maiden välisiä vahvuuksia ja heikkouksia lasten terveyttä koskevissa kysymyksissä.

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan mukaan tieteellinen tutkimus on eettisesti hyväksyttävää ja luotettavaa vain, jos sen tekemisessä on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön kriteerit esitetään tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimassa ohjeessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta, 2012.) Suuren osan lähdemateriaalistani muodostavat tieteelliset ja vertaisarvioidut artikkelit. Olen pyrkinyt raportoimaan toisten tutkijoiden tutkimustulokset mahdollisimman rehellisesti ja erottaen omat ajatukseni muiden tutkijoiden ajatuksista lähdemerkinnöin. Tutkimustulosten tulkinnassa olen kuitenkin painottanut oman tutkimuskysymykseni kannalta olennaisia tuloksia. Tutkielmani heikkous on, ettei kirjallisuuskatsaus ole systemaattinen. Tästä huolimatta olen yrittänyt rakentaa kirjallisuuskatsauksen lähdemateriaalin monipuoliseksi. Tutkimustulosten vertailukelpoisuutta ja siirtämistä suomalaiseen kulttuuriin olisi parantanut keskittyminen ainoastaan pohjoismaalaisilla aineistoilla tehtyihin tutkimuksiin. Kaikki vuoden 2019 Kouluterveyskyselyn tulokset eivät myöskään ehtineet valmistua tutkielmani kanssa samassa aikataulussa. Lisätietoa on odotettavissa lasten terveydestä vanhempien arvioimana.

Köhlerin (2018) mukaan eurooppalaisten lasten terveyden riskitekijä tulevaisuudessa on eri arvoisuuden lisääntyminen. Jatkossa Kouluterveyskyselyn pohjalta olisi hyvä selvittää, mikä kasvattaa terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kokevien joukkoa. Siirrytäänkö tähän ryhmään terveytensä melko hyväksi vai erittäin hyväksi kokevien ryhmästä? Onko taustatekijöiden, kuten perheen sosioekonomisen aseman, vaikutus erilainen siirtymässä terveydentila-arviosta toiseen? Tällainen tutkimus voisi lisätä tietoa lasten terveyden eriarvoistumiskehityksestä Suomessa. Kirjallisuuskatsaukseni lähdemateriaalissa ei juurikaan käsitelty sitä, mitkä tekijät selittävät suomalaisten lasten koetun terveydentilan huonontumista. Oletettavasti tutkimusmenetelmään liittyvät tekijät eivät selitä muutosta. Kouluterveyskyselyssä omaa arviota terveydentilasta kartoittava kysymys tai kyselyn toteuttamistapa eivät ole olennaisesti muuttuneet ainakaan viimeisen kymmenen vuoden aikana. Tarkempia terveysongelmia kartoittavat kysymykset ovat tosin vaihdelleet.

Aiemman tutkimuskirjallisuuden mukaan lasten koettuun terveyteen vaikuttavat esimerkiksi elämäntavat (Marques ym., 2019; Keane ym., 2017) ja koulukiusatuksi joutuminen (Menrath ym., 2015). Vuosien 2017 ja 2019 Kouluterveyskyselyistä voidaan tarkastella sitä, minkälaisia muutoksia näissä on tapahtunut alakouluikäisillä. Elintavat näyttäisivät muuttuneen Kouluterveyskyselyssä vähemmän terveyttä edistäviksi. Lähes 40 prosenttia

lapsista oli yrittänyt vähentää internetin käyttöä siinä onnistumatta. Niiden lasten osuus, jotka eivät olleet kokeneet koulukiusaamista, oli pysynyt samana. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely 2017, 2019.) Lasten nykyiset elintavat ja ruutuajan lisääntyminen mahdollisesti internetin käytön rajausongelman myötä voivat selittää osaltaan koetun terveydentilan huonontumista alakouluikäisillä lapsilla. Näillä tekijöillä voidaan selittää kuitenkin vain osittain koetun terveyden huonontumista.

Terveysindikaattorina koetun terveyden vahvuus onkin sen kyky huomioida mikrotason tekijöiden lisäksi makrotason ilmiöt (Casas, 2019). Lapset saavat itse määritellä terveydentilaansa vaikuttavien tekijöiden joukon. Tutkimusmenetelmien monipuolistaminen tukisi paremman ymmärryksen syntymistä lasten koettuun terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Laadullisia tutkimusmenetelmiä tarvittaisiin erityisesti tutkittaessa makrotason ilmiöitä. Ajankohtainen tutkimuskohde olisi yhteiskunnallisen medikalisaatiokehityksen vaikutukset koulujen terveystieteeseen.

Määrällinen tutkimusasetelma voisi tukea taas paremmin selittävien tekijöiden löytymistä yksilötasolla. Suomalaisten lasten kasvava ylipainoisuus on kansanterveydellinen haaste. Aikuisilla on voitu osoittaa kausaaliyhteys BMI:n mukaisen liikalihavuuden ja kielteisen itsearvioidun terveyden välillä (Cullinan & Gillespie, 2016). Ylipainoisuuden huomioiminen tulevaisuuden tutkimusasetelmissa toisi lisätietoa objektiivisten ja subjektiivisten terveystietojen välisestä suhteesta lapsilla. Käytännön läheisenä jatkotutkimusaiheena yksilötasolla olisi puolestaan lasten koetun terveyden yhteys subjektiiviseen arvioon omista terveystiedoista. Suomalaiset tutkijat ovatkin kehittäneet mittarin subjektiivisen terveystaidon mittaamiseen lapsilla. Terveystaito alkaa kehittyä jo lapsuudessa ja se on tärkeä tekijä myöhemmälle terveydelle ja terveystietoisuudelle. (Paakkari, O., Torppa, Kannas & Paakkari L., 2016.) Saatua tietoa voisi käyttää interventtioiden kohdentamiseen.

Positiivista suomalaisten lasten kokonaishyvinvoinnissa on kuitenkin elämäntyytyväisyyden kohentuminen (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Kouluterveyskysely 2017, 2019). Tämä tukee aiempaa tutkimuskirjallisuutta, että koetun terveyden osuus kokonaishyvinvoinnista on Pohjoismaissa pieni (Bradshaw & Rees, 2017). Tulevaisuudessa onkin tärkeää kiinnittää huomiota pohjoismaalaisten lasten koetun terveyden keskimääräistä huonompaan tasoon ja taustalla vaikuttaviin tekijöihin. Jatkotutkimusaiheet ovat tärkeitä, ettei koetun terveyden osuus kasva hyvinvointia määrittävänä tekijänä Pohjoismaissa.



## Lähteet

- Aho, S. (2005). Minä. Teoksessa: Laine, K. & Aho, S. (toim.), *Minä, me ja muut sosiaalisissa verkostoissa*. Helsingissä: Otava, 20–57.
- Bradshaw, J. & Rees, G. (2017). Exploring national variations in child subjective well-being. *Children and Youth Services Review*, 80, 3–14.
- Casas, F. (2019). Introduction to the special section on children's subjective well-being. *Child Development*, 90(2), 333–343.
- Children's Worlds. (2019). International survey of children's well-being (ISCWeB). *Components of the questionnaire*. Haettu 29.11.2019 osoitteesta <http://www.isciweb.org/?CategoryID=187>
- Cloninger, C. R. & Zohar, A. H. (2011). Personality and the perception of health and happiness. *Journal of Affective Disorders*, 128(1-2), 24–32.
- Cullinan, J. & Gillespie, P. (2016). Does overweight and obesity impact on Self-Rated health? Evidence using instrumental variables ordered probit models. *Health Economics*, 25(10), 1341–1348.
- Dinisman, T. & Rees, G. (2014). Findings from the first wave of data collection. Children's worlds- International survey of children's well-being (ISCWeB). Haettu 15.11.2019 osoitteesta [http://www.isciweb.org/Uploads/dbsAttachedFiles/FirstWaveReport\\_FINAL\(2\).pdf](http://www.isciweb.org/Uploads/dbsAttachedFiles/FirstWaveReport_FINAL(2).pdf)
- Dinisman, T. & Ben-Arieh, A. (2016). The characteristics of children's subjective well-being. *Social Indicators Research*, 126(2), 555–569.
- Fattore, T., Mason, J. & Watson, E. (2007). Children's conceptualisation(s) of their well-being. *Social Indicators Research*, 80(1), 5–29.
- Ellert, U., Ravens-Sieberer, U., Erhart, M. & Kurth, B-M. (2011). Determinants of agreement between self-reported and parent-assessed quality of life for children in germany-results of the german health interview and examination survey for children and adolescents (KiGGS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:102, 1–11.
- Erikson, E. H. (1982). *Lapsuus ja yhteiskunta* (2. tark. p. ed.). Jyväskylä: Gummerus.

- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- Goswami, H. (2014). Children's subjective well-being: Socio-demographic characteristics and personality. *Child Indicators Research*, 7(1), 119–140.
- Helavirta, S. (2011). *Lapset hyvinvointitiedon tuottajina*. (Väitöskirja). Tampere: Tampereen yliopisto.
- Karlsson L. (2010-2014). Lapset kertovat hyvinvoinnistaan- kuka kuuntelee? (Tellis). Helsingin yliopisto. Haettu 15.11.2019 osoitteesta <https://researchportal.helsinki.fi/fi/projects/lapset-kertovat-hyvinvoinnistaan-kuka-kuuntelee-tellis>
- Kaikkonen, R., Mäki, P., Hakulinen-Viitanen, T., Markkula, J., Wikström, K., Ovaskainen M-L., ... & (toim.). (2012). *Lasten ja lapsiperheiden terveyst- ja hyvinvointierot*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauhanen, L. (2013). *Childhood determinants of later health*. (Väitöskirja). Kuopio: University of Eastern Finland.
- Keane, E., Kelly, C., Molcho, M. & Nic Gabhainn, S. (2017). Physical activity, screen time and the risk of subjective health complaints in school-aged children. *Preventive Medicine*, 96, 21–27.
- Keltikangas-Järvinen, L. (2009). Temperamentti- persoonallisuuden biologinen selkäranka. Teoksessa: Metsäpelto, R-L. & Feldt, T. (toim.), *Meitä on moneksi: Persoonallisuuden psykologiset perusteet*. Jyväskylä: PS-kustannus, 49–70.
- Kinnunen, K., Virtanen, P. & Valtonen, H. (2011). Koettu onnellisuus ja koettu terveys: Sairaus ei tee onnettomaksi, mutta onneton ei pysy terveenäkään. *Yhteiskuntapolitiikka*, 76(4), 387–396.
- Klocke, A., Clair, A. & Bradshaw, J. (2014). International variation in child subjective well-being. *Child Indicators Research*, 7(1), 1–20.
- Konu, A. (2002). *Oppilaiden hyvinvointi koulussa*. (Väitöskirja). Tampere: Tampereen yliopisto.

- Köhler, L. (2018). Children's health in europe - challenges for the next decades. *Health Promotion International*, 33(5), 912–920.
- Laaksonen, C. (2012). *Health-related quality of life in school children : Validation of instrument, child self-assessment, parent-proxy assessment and school nursing documentation of health check-ups*. (Väitöskirja). Turku: University of Turku.
- Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE). (2019). *Loppuraportti*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Haettu 18.10.2019 osoitteesta [https://stm.fi/documents/1271139/4067344/LAPE\\_k%C3%A4rkihanke\\_loppuraportti\\_2019.pdf/87d61c67-cf44-75a7-7d4f-cc5d0b258b8c/LAPE\\_k%C3%A4rkihanke\\_loppuraportti\\_2019.pdf](https://stm.fi/documents/1271139/4067344/LAPE_k%C3%A4rkihanke_loppuraportti_2019.pdf/87d61c67-cf44-75a7-7d4f-cc5d0b258b8c/LAPE_k%C3%A4rkihanke_loppuraportti_2019.pdf)
- Lasten terveys ja seurantutkimus. (2019). Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 30.10.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lasten-ja-nuorten-terveysseurantatutkimus-late>
- Liuha, J. (2008). *Kuudennen ja yhdeksännen luokan oppilaiden näkemykset terveydestä ja terveystiedosta oppiaineena*. (Pro gradu- tutkielma). Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto. Haettu 15.11.2019 osoitteesta [https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18695/URN\\_NBN\\_fi\\_jyu-200806195530.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/18695/URN_NBN_fi_jyu-200806195530.pdf?sequence=1)
- Marques, A., Demetriou, Y., Tesler, R., Gouveia, E. R., Peralta, M. & Gaspar de Matos, M. (2019). Healthy lifestyle in children and adolescents and its association with subjective health complaints: Findings from 37 countries and regions from the HBSC study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3292, 1–14.
- Menrath, I., Prüssmann, M., Müller-Godeffroy, E., Prüssmann, C., Ravens-Sieberer, U., Ottova-Jordan, V. & Thyen, U. (2015). Subjective health, school victimization, and protective factors in a high-risk school sample. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 36(5), 305–312.
- Metsäpelto, R-L. & Feldt, T. (2009). Persoonallisuuden käsite psykologiassa. Teoksessa: Metsäpelto, R-L. & Feldt, T. (toim.), *Meitä on moneksi: Persoonallisuuden psykologiset perusteet*. Jyväskylä: PS-kustannus, 13–30.

- Nurmi, J., Ahonen, T., Lyytinen, H., Lyytinen, P., Pulkkinen, L. & Ruoppila, I. (2014). *Ihmissen psykologinen kehitys* (5., uud. p.). Jyväskylä: PS-Kustannus.
- Okkonen, T. (2004). *Lapsen terveystarkastuksesta lapsen terveyden yhteistoiminnalliseen edistämiseen = from child's health view to co-operative promotion of child's health*. (Väitöskirja). Kuopio: University of Kuopio.
- Opetushallitus. (2014). *Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Määräykset ja ohjeet 2014:96*. Helsinki: Next Print Oy. Haettu 15.11.2019 osoitteesta [https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen\\_opetussuunnitelman\\_perusteet\\_2014.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf)
- Paakkari, O., Torppa, M., Kannas, L. & Paakkari, L. (2016). Subjective health literacy: Development of a brief instrument for school-aged children. *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(8), 751–757.
- Piaget, J. (1950). *The psychology of intelligence*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., Uutela, A. & Prättälä, R. (2007). Koettu terveys. Teoksessa: Palosuo, H., & Palosuo (toim.), *Terveyden eriarvoisuus suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 65–73.
- Rathmann, K., Ottova, V., Hurrelmann, K., de Looze, M., Levin, K., Molcho, M. ...&. (2015). Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*, 80(4), 414–420.
- Rees, G., Goswami H., Pople, L., Bradshaw, J., Keung, A. & Main, G. (2013). *The Good Childhood Report 2013*. UK: The Children's Society.
- Rees, G., Andresen, S. & Bradshaw, J. (toim). (2016) *Children's views on their lives and well-being in 16 countries: A report on the Children's Worlds survey of children aged eight years old, 2013-15*. York, UK: Children's Worlds Project (ISCWeB).
- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.

- Sauli, H. & Simpura, J. (2005). Hyvinvoinnin käsite pohjoismaisen tilastollisen elinolotutkimuksen historiassa. *Janus: Sosiaalipolitiikan Ja Sosiaalityön Tutkimuksen Aikakauslehti*, 13(1), 5–20.
- Schmidt, L. J., Garratt, A. M. & Fitzpatrick, R. (2002). Child/parent-assessed population health outcome measures: A structured review. *Child: Care, Health and Development*, 28(3), 227–237.
- Siponen, S. (2014). *Children's health, self-care and the use of self-medication: A population-based study in finland*. (Väitöskirja). Kuopio: University of Eastern Finland.
- Sormunen, M. (2012). *Toward a home-school health partnership: A participatory action research study, 2008-2010*. (Väitöskirja). Kuopio: University of Eastern Finland.
- Suomen akatemia. (2015). Lasten ja nuorten hyvinvointi ja terveys (SKIDI-KIDS). Hankkeet. *Lapset kertovat hyvinvoinnistaan- kuka kuuntelee? (TelLis)*. Haettu 14.11.2019 osoitteesta <https://www.aka.fi/fi/tiedepoliittinen-toiminta/akatemiaohjelmat/paattyneet-tutkimusohjelmat/skidi-kids/tavoitteet1/lapset-vaikuttavat-kertomalla--omasta-hyvinvoinnistaan2/>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: *Kouluterveyskysely*. (2017). Kaikki tulokset. Vastaajat. Huoltajat 2017. Haettu 12.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tutkimustuloksia/kaikki-tulokset/vastaajat>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: *Kouluterveyskysely*. (2017, 2019). Kaikki tulokset. Haettu 12.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tutkimustuloksia/kaikki-tulokset>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: *Kouluterveyskysely*. (2017, 2019). Kyselyn toteuttaminen. Kyselylomakkeet. Haettu 12.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kyselyn-toteuttaminen/kyselylomakkeet>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: *Kouluterveyskysely*. (2019). Haettu 12.11.2019 osoitteesta <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: *Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2019*. (2019). Tilastoraportti 33:2019.

Tilastokeskus. (2019). Käsitteet. *Sosioekonominen asema*. Haettu 3.12.2019 osoitteesta [https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/sosioekon\\_asema.html#tab2](https://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/sosioekon_asema.html#tab2)

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. (2012). *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa*. (Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012). Helsinki: TENK. Haettu 15.11.2019 osoitteesta [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).

Valtioneuvoston julkaisuja. (2019:23). *Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta*. Helsinki: Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto.

Wall, J. (2013). Childism: The Challenge of Childhood to Ethics and the Humanities. Teoksessa: Duane, A. M., & Duane, A. M (toim.), *The children's table: Childhood studies and the humanities*. Athens: University of Georgia Press, 68–84